Rok IV 1937 Zeszyt 3—4

RUCH PRZECIWGRUŹLICZY

OD REDAKCJI.

W myśl uchwały XII Ogólnego Zjazdu Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów o charakterze Społecznym, Ruch Przeciwgruźliczy staje się organem tego Zrzeszenia.

Wobec tego umieszczać będzie Ruch na swoich łamach również i prace kliniczne pochodzące z Zakładów, których kierownicy należą do Zrzeszenia.

Prezes Zrzeszenia Dr Olgierd Sokołowski z Zakopanego wchodzi z dniem dzisiejszym w skład Komitetu redakcyjnego.

Dr M. KRASOWSKA, st. asyst.
Dr L. PTASZEK, st. asyst. Lwów.

Leczenie uciskowe gruźlicy płuc w cyfrach (rok 1935).

Z Lecznicy w Hołosku Lwow. T-wa Walki z Gruźlicą.
Dyrektor: Prym. Dr L. Węgrzynowski.

Postępowanie lecznicze w gruźlicy narządu oddechowego, kroczy w dobie obecnej rozmaitymi drogami, metody lecznicze dadzą się zebrać ogólnie jednak w dwie grupy, a to leczenia przyczynowego i objawowego. Zdajemy sobie sprawę z tego, że żadna z nich nie stoi na wysokości swego zadania, nie można jednak z drugiej strony zaprzeczyć, że lecznictwo w gruźlicy płuc osiąga dzisiaj bez porównania lepsze rezultaty niż dawniej. Dzieje się to bezsprzecznie dzięki rozszerzeniu pojęć o istocie samej choroby, jak i rozszerzeniu metod leczniczych. Przeglądając arsenał środków leczniczych w gruźlicy, możemy podzielić leczenie przyczynowe na dwie podgrupy, a to:

1) leczenie przyczynowe bezpośrednie, tj. dążące do unieczynnnienia czy zniszczenia prątka w krótkiej drodze i

2) leczenie przyczynowe pośrednie, dążące do tego samego celu drogą więcej okólną.

W grupie pierwszej umieścimy więc środki takie jak tuberkulina, połączenia kwasu cynamonowego, rijatol, sole złota itp., natury chemicznej lub serologicznej. W grupie drugiej znajdą się zaś przede wszystkim metody leczenia uciskowego, które mają na celu przez długotrwałe unieruchomienie ognisk swoistych zwalczenie przyczyny choroby.

Lecznictwo objawowe pomijamy.

Tematem niniejszego doniesienia będzie zestawienie leczenia uciskowego stosowanego w gruźlicy płuc w Lecznicy Lwow. T-wa Walki z Gruźlicą w Hołosku Wielkim pod Lwowem za rok 1935. Nadmieniamy, że oprócz podanych poniżej metod leczenia uciskowego, stosujemy w naszej lecznicy na szeroką skalę uciski klatki piersiowej pasami. Wyniki tej metody podaliśmy na posiedzeniu naukowym Polskiego T-wa Badań Naukowych nad gruźlicą, Koła lwowskiego (Krasowska, P. G. L., Nr. 18, 1935, protokół z posiedzenia naukowego). W roku 1935 stosowaliśmy leczenie uciskowe: a) otokiem powietrznym i b) wycięciem nerwu przeponowego. Sprawa leczenia gruźlicy płuc, jak zaznaczyliśmy na wstępie, nie jest jeszcze stosowanymi współcześnie metodami w całości rozwiązana. Zrozumiałym przeto jest, że myśl ftizjologa powraca tym intenzywniej do badań naukowych gruźlicy, po to by ze stanowiska przyczynowego pogłębić w pierwszym rzędzie samą istotę choroby, a przez to stworzyć odmienne, a możliwie lepsze podstawy dla postępowania leczniczego. Ogólnie należy zauważyć, że badania naukowe nad gruźlicą chociaż postępują wieloma drogami, zwracają się obecnie głównie w kierunku gruźlicy wiejskiej, jako terenu będącego prawdopodobnie niesłychanie częstem źródłem zakażenia dla skupień ludności w miastach, a prawie zupełnie nieznanego o przypuszczalnie dużym stopniu zagruźliczenia. Zestawiając nasze sprawozdanie, uważaliśmy sobie za obowiązek pójść po tej myśli przez uwzględnienie stosunków jakie istniały w roku sprawozdawczym u nas pomiędzy gruźlicą rolników a nierolników. Za celowy uważaliśmy podział naszego materiału na ludność chrześcijańską i żydów. Całość przestawiamy na tablicy.

W uzupełnieniu tablicy notujemy, że w ciągu roku 1935. mieliśmy w leczeniu jeden przypadek po rozległej plastyce klatki piersiowej, oraz jeden przypadek, w którym zastosowaliśmy w toku niekompletnej odmy powietrznej celem zmniejszenia tendencji do obliteracii jamy opłucnowej, oliwę gomenolową. W tej pracy chcemy jednakowoż porównać możliwości leczenia otokiem powietrznym i wycięciem nerwu przeponowego u chorych wieśniaków i niewieśniaków. Wieśniacy stanowili w tym roku 18% ogólnej liczby chorych, a więc podobnie jak w roku poprzednim (por. Krasowska-Ptaszek, Ruch Przeciwgruźliczy, 1935)

Z cyfr przedstawionych na tablicy I wynika, że w r. 1935 przebywało u nas w leczeniu 95 wieśniaków. Na tą ilość leczonych założyliśmy w 21 przypadkach otok powietrzny (22%). W 18 przypadkach (19%) kontynuowaliśmy leczenie otokiem poprzednio u nich założonym, ponadto leczyliśmy 6 przypadków (6%), u których wystąpiło powikłanie otoku powietrznego płynem serologicznym lub ropnym. W ogólnej liczbie wieśniaków leczonych było jednak 7 przypadków niegruźliczych. Uwzględniając to, otrzymamy cyfry procentowe inne, a mianowicie: w pierwszym przypadku 24%, w drugim 21%, a w trze-

Tablica 1.

Chrześcianie							Żydzi							Razem
rolnicy płci			nierolnicy płci			Razem	rolnicy płci			nierolnicy płci			Razem	
m.	ż.	razem	m.	ż.	razem		m.	ż.	razem	m.	ż.	raz.		
w r. 1935 leczono ogółem zgłaszających się po raz pierwszy:														
41	49	90	144	165	309	399	3	—	3	43	41	84	87	486
w tem nie gruźlicy:														
2	5	7	25	33	58	65	—	—	—	2	5	7	7	72
zastosowano otok powietrzny po raz pierwszy:														
5	15	20	10	12	22	42	1	—	1	6	14	20	21	63
kontynuowano leczenie otokiem bez powikłań:														
4	8	12	12	13	25	37	—	—	—	5	6	11	11	48
kontynuowano leczenie otokiem powikłanym wys. surowiczym:														
—	2	2	2	7	9	11	—	—	—	2	—	2	2	13
kontynuowano leczenie otokiem powikłanym wys. ropnym:														
2	2	4	6	1	7	11	—	—	—	—	1	1	1	12
wykonano wycięcie nerwu przeponowego:														
2	3	5	4	8	12	17	—	—	—	5	1	6	6	23
leczono po wycięciu nerwu przeponowego:														
1	—	1	4	1	5	6	—	—	—	1	—	1	1	7
zmarło leczonych otokiem powietrznym powikł. wys. surow.:														
—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1
zmarło lecz. otokiem powikł. wys. ropnym:														
1	—	1	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	2
zmarło leczonych otokiem pow. niepowikłanym:														
—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1

cim 6%. Ogółem na 86 przypadków gruźlicy u wieśniaków u 45 chorych stosowaliśmy leczenie uciskowe co wyrażamy cyfrą 52% ogólnej liczby chorych rolników. Więcej zatem niż połowa ludności wiejskiej chorej, przebywającej w tym roku u nas, nadawała się do leczenia uciskowego otokiem powietrznym, który można było bez większych przeszkód założyć.

U chorych nie pochodzących ze środowisk wiejskich na ogólną ich liczbę 393 przypadków, zastosowano otok powietrzny u 42 chorych (10%), kontynuowano leczenie u 55 chorych (13%), oraz leczono powikłane odmy u 19 chorych (5%). W grupie tej przypadków niegruźliczych mieliśmy w tym roku 65. Uwzględniając podobnie jak w grupie poprzedniej poprawkę cyfr procen-

towych, otrzymamy w przypadku pierwszym 12%, w drugim 16%, a w trzecim 5%. Ogółem więc na 328 chorych gruźliczych nierolników leczyliśmy otokiem powietrznym 116 chorych, a więc 35%. W tej grupie chorych więc zastosować można było otok powietrzny tylko w jednej trzeciej przypadków.

Wyrwanie nerwu przeponowego wykonano w tym roku u 5 rolników i u 18 nierolników. Czyni to w pierwszym przypadku 6%, a w drugim 5% ogólnej liczby chorych. Chcąc cyfry te ustosunkować do częstości stosowania odm, a więc do obliczeń procentowych, a nie do liczby chorych, należy uwzględnić tu współczynnik uzyskany przez wyrównanie procentowych ilości odm, który u nas wynosi 1,5. Postępując w ten sposób wyrazimy stosunek:

$$\frac{\text{Ilość wyrwań nerwu przeponowego u wieśniaków}}{\text{Ilość wyrwań nerwu przep. u niewieśniaków}} \quad \frac{6}{7,2}$$

Jeżeli zważymy, że w lecznicy naszej pierwsze miejsce w lecznictwie uciskowym oddajemy otokowi powietrznemu, a wycięcie nerwu przeponowego w zasadzie stosujemy tam, gdzie przeszkody w jamie opłucnowej nie pozwalają na zastosowanie odmy, to z podanego stosunku widać jasno, że konieczność tego zabiegu była częstszą u chorych nierolników niż u rolników. Odmienne cyfry obu tych grup, polegające jak widać na tem, że u wieśniaków częściej stosowaliśmy otok powietrzny, a rzadziej wyrwanie nerwu przeponowego wskazują na pewną odrębność postaci gruźlicy wiejskiej. W każdym razie ze stanowiska klinicznego musimy stwierdzić, że założenie otoku powietrznego u wieśniaków należy w większości przypadków do łatwiejszych zadań niż u niewieśniaków. Spostrzeżenie to znajduje w zestawieniu, które przedkładamy, swoje potwierdzenie, przytem nie należy zapomnieć i o tem, że u wieśniaków na ogół zachodzi częstsza możliwość stosowania tego rodzaju leczenia. To należy rozumieć w ten sposób, że u tych ludzi zajęcie jamy opłucnowej należy do większych rzadkości niż u mieszczan. U wieśniaków gruźlica, ogólnie rzecz biorąc, występuje w miąższu płucnym raczej jednoogniskowo, grupując się w samym płucu, w przeciwieństwie do typów miejskich o wieloogniskowym umieszczeniu sprawy a więc i w opłucnej. W gruźlicy więc rolników częstsze są postacie suchot płucnych pospolite, niż krwiopochodne. Sprawę tę poruszaliśmy poprzednio, a wyniki naszych obecnych spostrzeżeń, zgadzają się z podanymi w pracy poprzedniej.

Śmiertelność z gruźlicy w tym roku była znacznie większa u chorych rolników niż w innych przypadkach. Stosunek ten daje się wyrazić: 16,8 : 5 na niekorzyść rolników.

Na naszym materiale mogliśmy spostrzec, że u rolników stan ich z chwilą zgłaszania się do leczenia był tego rodzaju, że częściej pozwalał na leczenie uciskowe otokiem powietrznym

niż u innych chorych, natomiast stosunek śmiertelności był odwrotny. Poprostu przy dużym odsetku stanów nadających się do leczenia, którego rokowanie powinno być dobre, wystąpiła duża ilość zgonów z gruźlicy.

W całym szeregu prac polskich jak i obcych można spotkać się ze zdaniem, iż duża śmiertelność u wieśniaków z gruźlicy, jak i obecność dużych ognisk rozmnażania się tego cierpienia na wsi, ma swe źródło w braku uświadomienia tej grupy ludności w walce z gruźlicą, oraz w pewnej obojętności na cierpienie powodujące jego zaniedbanie, a mające swe źródło w psychice wiejskiej ludności. Nie możemy z drugiej strony pominąć głosów autorów zapatrujących się na tę sprawę odmiennie. Z naszej strony na podstawie obserwacji klinicznej popartej cyframi niniejszego sprawozdania wytaczamy własny pogląd na tę sprawę. Z wywiadów możemy stwierdzić, że wieśniacy stosunkowo późno udają się pod opiekę lekarską. Cierpią jednak na gruźlicę o charakterze nieproduktywnym, z tego powodu połowa gruźliczych wieśniaków może być leczona otokiem powietrznym. Możemy zaznaczyć, opierając się na naszych spostrzeżeniach, iż proces gruźliczy u wieśniaków cechuje się bardzo szybkim rozwojem zmian w płucach. Gruźlica u wieśniaków jest w dużej większości przypadków postacią pospolitych suchot, z dążnością do rozszerzenia się na swe otoczenie, przez zajmowanie coraz to nowych części płuc. Postęp ten jest dosyć szybki, a z natury rzeczy zaczyna się jednostronnie. A więc jadowitość sprawy chorobowej, zależna może od pewnych cech biologicznych samego prątka, powoduje swoisty obraz przebiegu gruźlicy u wieśniaków. Całość więc przebiegu cierpienia w tej grupie ludności cechuje się odmienną postacią kliniczną (suchoty płuc pospolite), oraz złośliwością przebiegu choroby.

Czy pewna odrębność gruźlicy rolników, na którą ogół ftizjologów zwraca obecnie uwagę, jest wynikiem odmiennych warunków środowiska, czy decydującą rolę ma tu czynnik etiologiczny, trudno jednak rozstrzygnąć. Klinicznie istnieje swoisty typ gruźlicy wiejskiej, jednakże ścisłe ujęcie jego w określone granice, każe na siebie jeszcze długo czekać.

Poruszyć jeszcze chcemy różnice jakie zanotować można opierając się na naszej tablicy pomiędzy chorymi chrześcianami a żydami. Ci ostatni stanowili około 20% ogólnej liczby chorych.

Leczenie uciskowe stosowaliśmy u nich ogółem w 17% przypadków, a wycięcie nerwu przeponowego w 7%. Przeliczając ten stosunek odm do wyrwań nerwu przeponowego i uwzględniając poprzednio podany taki stosunek pomiędzy rolnikami a nierolnikami, całość tych wartości wyrazimy stosunkiem: Wyrw. nerwu przep. u wieśniaków: niewieśniaków: żydów = = 6 : 7,2 : 24.

Śmiertelność u żydów w naszej lecznicy w tym roku wynosiła 0%.

Z tych danych można wnioskować, że żydzi na ogół mniej chorują na gruźlicę, a postać charakterystyczna dla nich jest krwiopochodnych suchot płucnych, ponieważ występuje wielo-ogniskowo z zajęciem wczesnym jamy opłucnowej. Na podobne przypuszczenie obok obserwacji klinicznej pozwalają nasze cyfry, bo w niewielu przypadkach można było otok powietrzny zastosować, a bardzo często wskutek zmian w jamie opłucnowej należało go zastąpić wyrwaniem nerwu przeponowego.

Klinicznie zatem, a raczej pod względem możliwości lecznictwa, jako skrajne typy możemy z naszego materiału wyodrębnić gruźlicę wsi o typie pospolitym, rozwijającą się u chorych szybko przez dużą zjadliwość prątka, przy dużej łatwości zastosowania otoku powietrznego, oraz gruźlicę żydów o typie krwiopochodnym o stosunkowo małej śmiertelności (0%), a więc przewlekłą o małej zjadliwości prątka a małej możności stosowania sztucznej odmy. Stanowisko pośrednie pomiędzy oboma zajmowały u nas przypadki gruźlicy miastowej. Możliwości leczenia otokiem powietrznym były największe u wieśniaków, mniejsze u mieszczan, a najmniejsze u żydów.

Reasumując, powiemy, że opierając się na sprawozdaniu cyfrowym za rok 1935 z Lecznicy w Hołosku, możemy zgrupować chorych, leczonych w tym roku u nas, w trzy grupy, a to gruźlicy wieśniaczej, miastowej i żydowskiej. Złośliwość sprawy chorobowej była rosnącą w tym samym porządku. Jasny stąd wniosek, że wysiłki walki z gruźlicą powinny skierować się przeciwko temu schorzeniu — na wsi, bo tam leży punkt ciężkości gruźlicy jako choroby społecznej.

Ze Sprawozdania Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Przemyślu za rok 1936.

Towarzystwo Higieniczne w Przemyślu wydało osobne drukowanego sprawozdanie ze swoich czynności. T-wo liczy 198 członków. Prezesem jest adwokat Dr Józef Palch, a wiceprezesami Dr W. Armatys i Dr G. Bodnar.

Towarzystwo prowadzi poradnię przeciwgruźliczą i kolonię letnią w Rymanowie-Zdroju, oraz akcję propagandową.

Kierownikiem poradni był Dr Feczko Stefan.

Poradnia przeciwgruźlicza P. T. H. była czynną przez 303 dni, porad lekarskich udzielono 4.498, osobom 1.231.

Nowozapisanych osób było 637, spośród których wyłowiono 156 przypadków gruźlicy. Aparatem Roentgena prześwietlono 625 osób, liczba prześwietleń wynosiła 1.061. Badań plwociny wykonano 68, w tym 40 z wynikiem dodatnim. Lampą kwarcową naświetlono 37 osób, liczba naświetleń 379. Odmą leczniczą leczono 45 osób, pierwszorazowo założono odmę 14 osobom, dopełnień odmy było 393.

Poradniarki dokonały 757 wywiadów domowych u 624 rodzin. Wykonano 997 zastrzyków wapna, 103 złota i 151 krzemu. Umieszczono w szpitalu 20 osób, w sanatoriach 18 osób.

Niezależnie od akcji propagandowej w prasie, urządziła sekcja wykłady i odczyty głównie o gruźlicy i chorobach zakaźnych w gminach wiejskich: Darowicach, Dubiecku, Bucowie, Koniuszkach, Medyce, Nowosiółkach i Poździaczu, za pośrednictwem lekarzy okręgowych.

Nadto w miesiącu przeciwgruźliczym odbywały się pogadanki na temat zwalczania gruźlicy we wszystkich niemal szkołach średnich i niektórych powszechnych.

Na kolonii w Rymanowie przebywało w obecnym roku 168 dzieci, w dwu turnusach: 70 dziewcząt w czasie od 25 czerwca do 24 lipca i 98 chłopców w czasie od 28 lipca do 26 sierpnia.

Ze zestawienia rachunkowego wynika w dochodach Towarzystwo miało zł 25.513.46. Pozostałość kasowa na rok 1937 wynosi zł 4.394.17. W subwencjach znajdujemy pozycje:

a) Ministerstwo Opieki Społecznej	zł	1.200.—
b) Polski Związek Przeciwgruźliczy	zł	900.—
c) Ubezpieczalni Społecznej w Przemyślu	zł	1.400.—
d) Zarządu m. Przemyśla	zł	600.—
e) Komunalnej Kasy Oszczęd. w Przemyślu	zł	200.—
f) Dary prywatne	zł	40.—
Dochody poradni były:		
a) Z prześwietleń aparatem Roentgena	zł	609.—
b) Zwrot za leczenie urzędników państwowych	zł	214.—
c) Z naświetlań lampą kwarconą	zł	118.15
d) Z datków za poradę lekarską	zł	258.31
Dochód ze znaczków Przeciwgruźliczynch wynosi	zł	605.52

Ośrodek Zdrowia P. C. K. w Chodzieży.

Na zachodniej rubieży Rzeczypospolitej w Chodzieży staraniem P. C. K. w dniu 18 października 1936 r. otwarto Ośrodek Zdrowia P. C. K. z przychodniami: 1) przeciwgruźlicza, 2) przeciwjaglicza, 3) przeciwweneryczna.

Otwarcie Ośrodka Zdrowia w mieście fabrycznym, jakim jest Chodzież (8.000 mieszkańców), gdzie jak i w okolicy głęboko zakorzeniły się choroby społeczne, było koniecznością.

Ośrodek Zdrowia P. C. K. utrzymuje i zarządza Oddział P. C. K. w Chodzieży przy pomocy Wydziału Powiatowego oraz Ubezpieczalni Społecznej w Szamotułach.

Kierownikiem Ośrodka Zdrowia jest Dr Tworog, lek. pow. prowadzący jednocześnie przychodnię przeciwjagliczą. Ordynatorami są: 1) Dr Musiałek — przychodnia przeciwgruźlicza, 2) Dr Jankowski — przychodnia przeciwweneryczna.

Pielęgniarką jest na razie siostra Serafitka — aż do przydziału poradniarki z P. C. K. — Pomoc sanitarną spełnia pomocnik drużyny ratown. P. C. K. II klasy.

W czasie od 18 października 1936 do 15 lutego 1937 w Ośrodku Zdrowia P. C. K. przyjęto 204 chorych, z czego 130 osób w przychodni przeciwgruźliczej — 45 w przychodni wenerycznej, oraz 29 w przychodni przeciwjagliczej. Porad lekarskich w Ośrodku Zdrowia udzielono: 262 w przychodni przeciwgruźliczej, 96 w przychodni przeciwwenerycznej, 40 w przychodni przeciwjagliczej.

Na miejscu w Ośrodku Zdrowia dokonuje się wszelkich zastrzyków, analiz plwocin, krwi i moczu. Odwiedzin było 50, wywiadów 30.

Zasięg dotychczas obejmował przeważnie miasto Chodzież. Obecnie Ośrodek Zdrowia rozprzestrzenia się na teren powiatu. O konieczności utrzymania tej placówki świadczą cyfry, a na wyniki w walce z chorobami społecznymi nie trzeba będzie długo czekać.

Dr Piotr RADŁO.

Na front walki z gruźlicą!

Zbliża się znowu okres „Dni Przeciwgruźliczych". Z przyczyn niezależnych od nas odbędzie się w opóźnionym terminie, co mogłoby przez trudności organizacyjne wpłynąć na słabsze wyniki finansowe. Mogłoby, ale nie wpłynie!. Po pierwsze mieliśmy czas, aby do tej akcji przygotować się należycie, a po drugie sytuacja gospodarcza kraju jest dziś lepsza niż w którymkolwiek roku ubiegłym. Więc też dochód z Dni Przeciwgruźliczych powinien być obecnie wyższy niż w latach poprzednich.

Praca przeciwgruźlicza w naszym Województwie idzie stale naprzód. Weźmy choćby krótki czasokres ostatnich miesięcy od września do grudnia 1936.

Czy wiecie Koledzy, jak wielkich rzeczy się dokonało?

Oto uruchomiono lotną kolumnę rentgenologiczną pod opieką Kliniki wewnętrznej U. J. K i Wojew. Tow. Przeciwgruźliczego. Kolumna ta dokonała w powiecie lwowskim prześwietleń Roentgenem 1.501 osób, a prób tuberkulinowych 1.020. Ta sama kolumna, pracując w powiecie gródeckim może się poszczycić 840 prześwietleniami i 234 próbami tuberkulinowymi. Dalsza akcja jest w toku. Doniosła praca kolumny zwiększyła znacznie zainteresowanie ludności poradniami przeciwgruźliczymi oraz zwróciła uwagę chorych wiejskich na możliwość korzystania z kliniki wewnętrznej. Dziedzina ta była dotychczas w zupełnym zaniedbaniu, a chorzy na gruźlicę z dalekich wsi byli pozbawieni jakiegokolwiek uświadomienia i opieki.

W tym samym okresie czasu, tzn. od września do grudnia leczono w Lecznicy w Hołosku 100 bezrobotnych, co dało około 3.000 dni leczenia.

O rozwoju pracy w wielu poradniach i Kołach przeciwgruźliczych nie będę pisał, bo szczegółowe wyniki ukażą się później w specjalnych sprawozdaniach; w każdym razie w ostatnim roku wyniki były lepsze niż w latach ubiegłych.

Robota idzie więc dobrze.

Obecny poziom pracy można zawdzięczyć tylko wysiłkom naszych wszystkich kolegów lekarzy powiatowych i działaczy przeciwgruźliczych, którzy dali z siebie wszystko, aby Akcja Dni Przeciwgruźliczych była każdego roku wydatniejsza niż w roku poprzedzającym.

Jeżeli koledzy chcecie przekonać się naocznie, co daliście społeczeństwu przez Wasz trud przeciwgruźliczy, to przypatrzcie się pracy Lecznicy w Hołosku i tym wszystkim ubogim bezrobotnym chorym, którzy w tym sanatorium doznali ulgi lub wyleczenia.

W miesiącach obecnych akcja walki z gruźlicą jest więc jednym z najważniejszych odcinków pracy w Pomocy Zimowej dla bezrobotnych.

Koledzy! Nie możemy dopuścić do tego, aby setki bezrobotnych gruźliczych i ich rodziny mieszkające w szczupłych izbach było skazanych na zagładę.

Zakaszemy rękawy i wydamy z siebie wszystkie siły, aby nie 100 bezrobotnych chorych, lecz kilkuset mogło się leczyć w Sanatorium jeszcze w bieżącym roku.

Więc pod hasłem leczenia bezrobotnych gruźliczych idziemy na pole walki z gruźlicą w czasie bieżących „Dni Przeciwgruźliczych“.

Przed „Dniami Przeciwgruźliczymi“ w Krakowie.

W sali Portretowej Ratusza krakowskiego odbyło się onegdaj zebranie komitetu „Dni Przeciwgruźliczych“, które zorganizowane będą w czasie od 7 do 30 kwietnia br.

Na zebranie przybyli przedstawiciele władz i urzędów, najliczniej oczywiście reprezentowany był świat lekarski, dalej przedstawiciele stowarzyszeń i organizacyj, zwłaszcza społecznych, które szczególnie zainteresowane są akcją walki z gruźlicą.

Zebranie otworzył wiceprez. m. dr Klimecki, zaznaczając ogólnie, iż kiedy na walkę ze strasznym wrogiem, gruźlicą, zamałe są środki finansowe państwa — to chorobie tej, wyrządzającej z wszelkich innych, największe szkody musi się wypowiedzieć walkę, a na realizację jej środki finansowe znaleźć musi samo społeczeństwo.

Zkolei zebranie dłuższym przemówieniem zagaił dyr. Kliniki Uniwersyteckiej prof. U. J. dr Latkowski. Na wstępie prof. Latkowski wskazał na niepowetowane szkody wyrządzane przez gruźlicę w społeczeństwie. Choroba ta zabijająca kwiat życia ludzkiego, szczególnie młodzież wyrządza straty, które np. w Niemczech obliczają rocznie na 3 miliardy złotych. Polska, która w walce z gruźlicą stoi jeszcze, niestety, daleko wtyle musi tracić conajmniej dwa razy więcej.

Badania grupowe czy masowe, są u nas dopiero w stadium początkowym, podlegają im przeważnie tylko grupy młodzieży szkolnej i uniwersyteckiej. Na zachodzi Europy, dzięki energicznej walce, gruźlica z miast powoli się cofa i walka dotarła już w całej pełni na wieś. Pod tym względem nasze wsie są zaniedbane, choćby już tylko z tych powodów, że trudno do wsi dotrzeć, a trzeba wziąć pod uwzgląd, że ludność wiejska to prawie 70% naszego społeczeństwa.

Z badań poborowych wynika, że procent gruźlicy na wsi wzrasta. Badania grupowe młodzieży w wieku lat 18—20 wykazują, iż **90—98% młodzieży nosi w sobie początki gruźlicy.** Tylko odporności organizmów zawdzięczać należy, że młodzież wychodzi względnie cało.

Procent śmiertelności w Polsce jest zastraszający: 15! Włochy w ciągu ostatnich kilku lat wydała na walkę z gruźlicą 2 miliardy lirów i w ciągu tego czasu śmiertelność z 15% spadła na 7%, a więc o 50%.

Z dalszych, ogromnie wymownych zestawień przedłożonych przez prof. Latkowskiego na posiedzeniu wynika, że jeśli w Szwecji np. na 10 000 ludzi istnieje 100 przeszło łóżek szpitalnych, to w Polsce zaledwie 20. Na 33 milionów ludzi Polska posiada tylko 7 250 łóżek dla gruźliczo chorych.

Dni przeciwgruźlicze mają zobrazować społeczeństwu walkę z tym strasznym wrogiem, propagować uświadomienie i wyrwać społeczeństwo z obojętności, która jest jedną z przyczyn niedostatecznych i słabych narazie wyników walki z gruźlicą. Trzeba sobie uświadomić, że gruźlica jest największym wrogiem dla siły obronnej państwa, przez to samo walka z nią wymaga zajęcia się wszystkich obywateli. W jakich warunkach działają Towarzystwa Przeciwgruźlicze obrazują znowu cyfry. Jeśli np. w Szwajcarii w większych miastach w towarzystwach przeciwgruźliczych skupia się 20—30 000 członków, to np. w Krakowie jest zaledwie 300 członków.

Mimo tak znikomej liczby członków, szczególnie komitet Pań Tow. pracuje niestrudzenie. W krótkim stosunkowo czasie zebrały członkinie 70 000 zł na budowę pawilonów dla półkolonij letnich, co przy subwencji rządu wynoszącej 60 000 zł wyniosło razem 130 000 zł. Z pieniędzy tych stanął budynek pawilonu w stanie surowym, a obecnie potrzeba na ukończenie go 70—80 000. Tegoroczne Dni Przeciwgruźlicze będą stały pod hasłem ukończenia budowy chociażby do takiego stanu, by dzieci

mogły otrzymywać w tym budynku strawę, bo dotychczasowy pawilon drewniany w Parku dra Jordana jest już prawie w rozsypce.

Dzieła tego dokończyć musi społeczeństwo. Po przemówieniu prof. Latkowskiego rozwinęła się obszerna dyskusja. Dyr. szpit. św. Łazarza dr Topolnicki przedstawił również kilka wstrząsających wprost cyfr. W Krakowie istnieją dla gruźliczo chorych zaledwie 172 łóżka, umożliwiające leczenie tylko około 500 chorych rocznie. Przed kilku laty z przed bram szpitala odchodziło z powodu braku miejsca rocznie około 500 chorych na gruźlicę, dziś choroba ta poczyniła takie postępy, że w ostatnich latach odchodzi około 2 000 osób, nie mogących znaleźć dla siebie w szpitalu miejsca.

Budownictwo szpitalne, szczególnie silnie popierane przez Ubezpieczalnie Społeczne, nie uwzględnia niestety potrzeb leczenia gruźlicy. Ubezpieczalnia, budując z wielkim rozmachem, nie tworzy pawilonów dla chorych gruźliczych, nawet dla zaspokojenia potrzeb swych członków. Z danych statystycznych wynika, że gruźlica na wsi osiąga dziś nienotowane dotychczas procenty.

Dziś wiele na korzyść zmienić może opinia publiczna, jeśli wywrze odpowiedni nacisk, bo stan obecny istnieć nie może i w Krakowie muszą w najbliższej przyszłości powstać baraki dla gruźliczych.

Zkolei zajął głos prof. U. J. dr Godlewski z uznaniem podnosząc działalność towarzystwa i niestrudzonych jego kierowników, prof. Latkowskiego i jego małżonki. Prof. Godlewski postawił wniosek, by za dalszy cel akcji, po zrealizowaniu budowy pawilonu dla letnich półkolonij przyjąć budowę baraków izolacyjnych, dla przeprowadzenia najbardziej zasadniczych wskazań lecznictwa, oddzielenia zdrowych od chorych.

Głos jeszcze w dyskusji zabierała p. prof. Latkowska, raz jeszcze podkreślając konieczność ukończenia w br. budowy pawilonu i zespolenia wszystkich wysiłków na tem dziele.

W końcu wybrano komitet honorowy „Dni Przeciwgruźliczych", z księciem Metropolitą Sapiehą, wojewodą płk. Gnoińskim, wicewoj. Małaszyńskim, prezydentem miasta d-rem Kaplickim, gen Łuczyńskim na czele.

(Przedruk z „I. Kur. Codz.".)

Wojewódzkie T-wo Przeciwgruźlicze we Lwowie.

Do L. p. 101/36. We Lwowie, dnia 11 marca 1937.

Do Panów Starostów powiatowych (wszystkich), Pana Prezydenta miasta Lwowa, Powiatowych Kół walki z gruźlicą, Polskiego T-wa Higienicznego w Przemyślu, Lwowskiego T-wa walki z gruźlicą i TOZu we Lwowie.

Na skutek odezwy Polskiego Związku Przeciwgruźliczego z dnia 2 marca 1937 L. dz. III. 2/2, zarządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 3 listopada 1936, nr A. P. 2/135 Wojewódzkie Towarzystwo Przeciwgruźlicze organizuje w tym roku Komitet Dni Przeciwgruźliczych w terminie opóźnionym.

Na podstawie zezwolenia Pana Wojewody z dnia 11 marca 1937 r. L. Z. 128/18/36 Towarzystwo zwraca się z uprzejmą prośbą do Pana Starosty (Pana Prezydenta) o zorganizowanie Komitetu Powiatowego (miejskiego) Dni Przeciwgruźliczych, któryby zajął się intenzywną propagandą Dni Przeciwgruźliczych w czasie od 7 do 30 kwietnia 1937 oraz sprzedażą znaczków przeciwgruźliczych.

Równocześnie przesyłam Panu Staroście (Panu Prezydentowi) według rozdzielnika plakaty uliczne, plakaciki, ulotki i broszurki przeciwgruźlicze.

Dziesięciogroszowe znaczki przeciwgruźlicze przesłałem tut. pismem z dnia 24 listopada 1936 Lp. 101/36 Lekarzom powiatowym (Naczelnemu Lekarzowi Miasta Lwowa). Ponieważ trudne warunki dorocznych zbiórek pogorszyły się jeszcze w tym roku, wobec prowadzonej akcji pomocy zimowej, wysiłki Komitetów muszą być znacznie wzmożone.

Przypominam, że rozliczenie ze sprzedaży znaczków 45% dochodu ze znaczków sprzedanych, ewent. znaczki niesprzedane oraz sprawozdanie z Dni Przeciwgruźliczych musi nastąpić w dniu 30 kwietnia 1937 pod adresem Urzędu Wojewódzkiego (sekretariat Wojewódzkiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego Dr Wysocki).

45% dochodu ze znaczków, które Komitety powiatowe (Miejski) muszą w terminie wyżej podanym odesłać do Urzędu Wojewódzkiego obejmuje 20% dla Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, 5% dla Wojewódzkiego T-wa Przeciwgruźliczego, a 20% przeznaczone zostaną przez Towarzystwo na leczenie bezrobotnych gruźliczych w Lecznicy w Hołosku.

Rozstrzygnięcie konkursu „Dni Przeciwgruźliczych".

W myśl ogłoszonego przez Pol. Związek Przeciwgr. konkursu dla Komit. Powiat. na kampanię „Dni Przeciwgr." z r. 1935/36 nagrody — w ilości trzech — miały być przyznane tym komitetom, które procentowo najbardziej powiększą sumę uzyskaną ze sprzedaży nalepek w porównaniu z sumą osiągniętą w kampanii poprzedniej.

Ostateczny termin nadsyłania sprawozdań wyznaczony był na dzień 15 czerwca 1936 r. W tym terminie nadeszły całkowite rozrachunki i sprawozdania Komitetów Wojewódzkich: we Lwowie, w Katowicach, w Łodzi i w Brześciu n/Bugiem. Wojewódz-

Miejscowość	Suma uzyskana w kamp. 34/35 r.	Suma uzyskana w kamp. 35/36 r.	Nadwyżka w cyfrach absolutnych	Nadwyżka w %%
Dobromil	757.50	815.00	57.50	7,6
Jaworów	676.00	825.00	149.00	22,0
Kolbuszowa	331.30	520.00	188.70	57,0
Lwów-powiat	1,330.00	2,130.00	800.00	60,2
Mościska	311.30	620.00	308.70	99,2
Przeworsk	368.00	485.00	117.00	31,8
Rudki	360.00	420.00	60.00	16,7
Sokal	560.00	1,080.00	520.00	92,9
Bielsko	93.60	186.50	92.90	99.3
Katowice	360.80	619.40	258.60	71,7
Mysłowice	34.80	65.60	30.80	80,5
Brzeżany	355.10	365.50	10,40	2,9
Czortków	164.20	500.00	335.80	204,5
Zbaraż	423.40	448.50	25.10	5,9
Złoczów	515.00	557.50	42.70	8,3
Brzeziny	110.00	145.30	35.30	32,1
Łask	131.00	138.10	7.10	5.4
Piotrków Tryb.	171.30	220.00	48.70	28,4
Wieluń	50.00	70.50	20.50	41,0
Sieradz	193.40	198.00	4.60	2,4
Tomaszów Mazow.	201.70	220.00	18.30	9,1
Drohiczyn	296.60	314.30	17.70	6,0
Pińsk	974.90	1,033.70	58.80	6,0
Kamień Koszyrski	171.00	180.00	9.00	5,3
Lipno	196.40	246.00	49.60	25,3
Radzymin	390.00	395.30	5.30	1,4
Rawa Mazowiecka	627.30	800.00	172.70	27,5
Rypin	249.20	560.30	311.10	124,8
Warszawa-powiat	1,991.40	2,176.20	184.80	9.3
Garwolin	110.80	178.70	67.90	61,3
Siedlce	614.20	623.20	9.00	1,5
Sokołów	650.00	700.00	50.00	7.7
Węgrów	300.00	400.00	100.00	33,3
Zamość	216.60	411.80	195.20	90,1

kie Komitety: w Warszawie i Tarnopolu nadesłały rozrachunki i wykazy sum uzyskanych przez poszczególne komitety na terenie ich działalności, zawiadamiając, że część nalepek jeszcze nie została wyrachowana, ale będzie to uskutecznione niebawem. Wojewódzki Komitet w Lublinie przysłał wykaz komitetów powiatowych, które do tego czasu przeprowadziły rozrachunek i podał sumy osiągnięte przez nie, sam jednak rozrachunku ze Związkiem nie przeprowadził. Wojewódzki Komitet w Kielcach przesłał do wglądu sprawozdania 5 komitetów powiatowych. Bezpośrednio do Związku wpłynęły sprawozdania komitetów powiatowych: w Olkuszu i Sokołowie.

Po rozpatrzeniu nadesłanych sprawozdań i porównaniu ich ze sprawozdaniami z kampanii 1934-35 r. komisja konkursowa wybrała te komitety, które osiągnęły lepszy wynik finansowy ze sprzedaży nalepek niż w kampanii poprzedniej. Wszystkie one wyszczególnione są na załączonym wykazie.

Jak wynika z tego wykazu najlepszy wynik w porównaniu z rokiem ubiegłym osiągnął Powiatowy Komitet w Czortkowie — 204,5%, zdobywając tym samym I-szą nagrodę, tj. 100% uzykanej nadwyżki, co wynosi zł 335.80, oraz 5 odznak honorowych, II-gą nagrodę zdobył Komitet Powiatowy w Rypinie, który osiągnął 124,8%, w stosunku do roku zeszłego, otrzymując wobec tego 50% nadwyżki, czyli zł 155.55 i 3 odznaki honorowe. III-cią nagrodę zdobył Komitet Powiatowy w Bielsku Śl., który powiększył swój dochód o 99,3%, otrzymuje więc 25% nadwyżki, czyli zł 23.22 oraz 3 odznaki honorowe.

XII Ogólne Zebranie Członków Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym.

Porządek obrad:

1. Otwarcie Zebrania — Prezes Zrzeszenia. 2. Powitanie zebranych — Gospodarz Zjazdu, Kol. Dr Z. Dadlez. 3. Wybór Przewodniczącego zebrania. 4. Odczytanie i przyjęcie protokułu poprzedniego Ogólnego Zebrania. 5. Sprawozdanie Zarządu i Delegatów Okręgowych. 6. Program i wykonanie prac Zrzeszenia oraz technika zjazdów naukowych — kol. Dr Birula-Białynicki. 7. Gruźlica płuc i praca fizyczna — kol. Dr Maria Grycewicz. 8. Demonstracje ciekawych rentgenogramów. 9. Zwiedzanie Sanatorium — kol. Dr Z. Dadlez. 10. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 11. Wybór prezesa i trzech członków Zarządu, oraz dwóch członków komisji rewizyjnej, na następne 3-lecie. 12. Wybór miejsca i terminu następnego ogólnego zebrania. 13. Wolne wnioski i uchwały ogólnego zebrania. 14. Zamknięcie zebrania.

Obecnych 16 osób.

Obrady zebrania Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych o charakterze społecznym toczyły się w Istebnej na Śląsku w Wojewódzkim Zakładzie Leczniczo-Wychowawczym imienia Józefa Piłsudskiego w dniu 28 lutego 1937 r. Zebranie zagaił przewodniczący Zrzeszenia Dr Szczepański proponując na przewodniczącego D-ra Czaplickiego, na sekretarza D-ra Łotockiego.

Powitanie zebranych Zjazdu wygłosił Dr Dadlez po czym Dr Łotocki odczytał protokuł z XI Zjazdu Dyrektorów Sanatoriów, który przedstawiał się następująco:

Porządek obrad: 1. Otwarcie zebrania — Prezes Zrzeszenia. 2. Uczczenie pamięci I-go Marszałka Polski minutowym milczeniem. 3. Powitanie Zebranych — Gospodarz Zjazdu, Mjr. Dr Telatycki. 4. Wybór przewodniczącego Zebrania. 5. Odczytanie i przyjęcie protokułu poprzedniego Ogólnego Zebrania. 6. Sprawozdanie Zarządu i Delegatów Okręgów. 7. Plan ujednostajnienia pracy w instytucjach przeciwgruźliczych (wyjaśnienia i uzupełnienia) — kol. Dr T. Birula-Białynicki. 8. Budżetowanie w sanatoriach społecznych — kol. Dr M. Staroniewicz. 9. Konieczność unormowania pracy rentgenologa w sanatoriach przeciwgruźliczych — kol. Dr H. Karwowski. 19. Demonstracje rentgenogramów ciekawszych przypadków (zgłoszenia przed rozpoczęciem zebrania). 11. Pneumoperitoneum w leczeniu gruźlicy jamy brzusznej, oraz przydatność tlenu w leczeniu owrzodzeń gruźliczych — kol. Dr M. Staroniewicz. 12. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 13. Wybór miejsca i termin następnego Ogólnego Zebrania. 14. Wolne wnioski i uchwały Ogólnego Zebrania. 15. Zamknięcie Zebrania.

Obecnych 32 osoby.

Obrady toczyły się w Sanatorium Wojskowym w Otwocku w dniach 2 i 3 listopada 1935 r. W pierwszym dniu zagaił Zebranie Prezes Zrzeszenia — Dr Z. Szczepański, witając przybyłych na Zjazd płk. D-ra Nadolskiego — Szefa Sanitarnego i płk. D-ra Rymaszewskiego oraz wszystkich zebranych członków Zrzeszenia i zaproszonych gości.

Dla uczczenia pamięci zmarłego Pierwszego Marszałka Polski ś. p. J. Piłsudskiego — Prezes zarządza minutowe milczenie.

Po krótkim powitaniu zebranych przez gospodarza Zjazdu — majora Dr Telatyckiego i podania historii powstania nowego Wojskowego Sanatorium w Otwocku, następuje wybór przewodniczącego i sekretarza Zebrania; zgłoszone kandydatury jednogłośnie przechodzą: Senator Dr Pawelec, jako przewodniczący w pierwszym dniu Zjazdu i Dr W. Jankowski jako sekretarz Zjazdu. .

W sprawie 5-go punktu porządku obrad zabiera głos Dr Wieszeniewski, który stawia nagły wniosek aby nie odczytywać protokułu z poprzedniego Zebrania. Wniosek ten, większością głosów obecnych członków — przechodzi.

Sprawozdanie Zarządu wygłasza prezes Zrzeszenia Dr Szczepański, który w zakończeniu proponuje nawiązanie ze strony Zrzeszenia kontaktu z istniejącą przy Związku Lekarzy Słowiańskich sekcją ftizjologów i również zachęca zebranych do przyjęcia udziału w Zjeździe, jaki ma się odbyć w Sofii, latem roku następnego.

Następnie zdają sprawozdanie delegaci okręgów: Dr Staroniewicz — del. okr. poznańskiego — oznajmia zebranym, że w Poznaniu już od kilku lat istnieje Koło Ftizjologów, które ostatnio połączyło się z Kołem Internistów. Na zebraniach Koła poruszane były tematy zarówno kliniczne, jak i dotyczące pracy i gospodarki w sanatoriach.

Dr. Łotocki — del. okr. zakopiańskiego — przytacza w swym sprawozdaniu rolę „T-wa Lekarskiego" w Zakopanem.

Dr Węgrzynowski — del. okr. lwowskiego — referuje o pracach Koła, które odbyło w roku sprawozdawczym pięć posiedzeń. Na zebraniach Koła szczególne zaintersowanie wzbudza projekt utworzenia we Lwowie Instytutu Przeciwgruźliczego; poruszane też były sprawy, związane z badaniem gruźlicy na wsi i powołania na terenie województw Ziemi Czerwieńskiej inspektora, który z ramienia Związku Przeciwgruźliczego koordynować ma akcję przeciwgruźliczą.

Dr Martyszewski — del. okr. warszawskiego — w swym szczegółowym sprawozdaniu omawia sprawę „Fundacji im. hr. J. Potockiego" i „T-wa badań nad gruźlicą", które jako najbliższy cel swej działalności postawiło utworzenie „Instytutu Przeciwgruźliczego" na obszarze R. P., a nawiązując do sprawozdania delegata okręgu lwowskiego, podkreśla celowość utworzenia Instytutu we Lwowie, nie przesądzając jednak kwestji, że również inne projekty, które wpłynęły do „T-wa badań nad gruźlicą" mają swe uzasadnienie i odpowiadają stawianym warunkom. W zakończeniu, delegat wspomina o stypendiach, które przyznano w myśl wniosków poszczególnych klinik i szpitali 5 lekarzom poświęcającym się naukowym badaniom gruźlicy.

Nad sprawozdaniem Zarządu i delegatów wywiązuje się dyskusja, w której zabierają głos:

Dr Karwowski — który proponuje rozesłać do wszystkich ftizjologów ankietę w sprawie siedziby przyszłego „Instytutu Przeciwgruźliczego" jak również ażeby każdy z zakładów umieścił w przyszłych swych budżetach 0,5% na rzecz „Instytutu" — p. wniosek (potem wycofany).

Dr Białynicki — jest zdania, że należałoby zdecentralizować działalność „Fundacji", tworząc na prowincji regionalne oddziały.

Dr Martyszewski — odpowiada w sprawie „Fundacji", że niema wyraźnej tendencji do scentralizowania jej działalności a co do tworzenia regionalnych oddziałów to kwestia ta rozwiązana być może po ostatecznym ustaleniu dochodów „Fundacji".

Dr Węgrzynowski — przypuszcza, że roczne dochody „Fundacji" mogą dosięgać kwoty 1 miliona złotych.

Po zakończeniu dyskusji — następuje punkt 7 porządku obrad; przewodniczący oddaje głos Dr Białynickiemu, który w 45 minutach wygłasza referat pt. „*Plan ujednostajnienia pracy w instytucjach przeciwgruźliczych*". Referent poruszył również sprawę znakowania, podkreślając, że jest to jego oryginalna koncepcja i że przemówienie D-ra Telatyckiego na Zebraniu Zrzeszenia w Smukale w 1933 r. jak również wyjaśnienia ówczesnego sekretarza Zarządu D-ra Jankowskiego (tutaj Dr Białynicki cytuje odnośne ustępy z protokułu obrad VIII Ogólnego Zebrania Członków Zrzeszenia) mogły wywołać wrażenie, że ogłoszona w „Nowinach Lekarskich" w 1932 r. praca D-ra Białynickiego pt. „Znakowanie stanów gruźliczych" jest oparta na poprzednim projekcie znakowania D-ra Telatyckiego, który w swoim czasie przedstawił ten projekt w Zakopanem, a następnie złożył go w Zarządzie Zrzeszenia.

Dr Telatycki daje wyczerpującą odpowiedź D-rowi Białynickiemu, wyjaśniając, że w przemówieniu swym w Smukale, nie miał zupełnie zamiaru obniżenia wartości i oryginalności pracy D-ra Białynickiego o znakowaniu, a nie chcąc być w tym względzie źle zrozumianym — wnosi Dr Telatycki o skreślenie z protokułu obrad VIII Ogólnego Zebrania Członków Zrzeszenia wypowiedzianych przez niego słów, które w czym kolwiek mogły urazić D-ra Białynickiego.

Dr Jankowski — jako były sekretarz Zarządu Zrzeszenia daje wyjaśnienie dotyczące złożonej na ręce b. prezesa Zrzeszenia pracy D-ra Telatyckiego o znakowaniu i potwierdza, że po otrzymaniu akt Zrzeszenia jesienią 1932 r. osobiście czynił starania w redakcji „Nowin Lekarskich" w Poznaniu w sprawie wydrukowania prac zarówno D-ra Telatyckiego, jak i D-ra Białynickiego; praca D-ra Białynickiego ukazała się w druku w 1932 roku, a co do pracy D-raTelatyckiego, to pomimo niejednokrotnych interwencji, „Nowiny Lekarskie" pracy tej nie umieściły, tłumacząc się trudnościami technicznymi.

Dr Węgrzynowski jest zdania, że skoro nastąpiły obustronne wyjaśnienia, to należy sprawę tą uznać jako nieporozumienie i jako takie winno być zlikwidowane po myśli propozycji D-ra Telatyckiego, aby odnośne ustępy z cytowanego protokółu były wykreślone.

Dr Białynicki przyjmuje to oświadczenie do wiadomości.

Dr Telatycki potwierdza gotowość wykreślenia z protokółów słów, które wywołały to nieporozumienie.

Przewodniczący otwiera dyskusję nad referatem D-ra Białynickiego.

Dr Staroniewicz podkreśla celowość i konieczność istnienia symbolistyki, która stara się rozwiązać sprawę wspólnego, porozumiewawczego języka ftizjologów dla określenia stanów chorobowych i prowadzenia historii chorób. Referent porusza też

sprawę orzeczeń lekarskich i twierdzi, że tutaj wspólny język ftizjologów ma szczególne znaczenie. W zakończeniu wspomina o tych trudnościach, jakie mają dyrektorzy sanatoriów ze strony instytucji Ubezpieczeń Społecznych — o ile chodzi o przedłużenie kuracji; sprawa ta winna być uregulowana we właściwy sposób i przez odpowiednie czynniki.

Dr Martyszewski — nawiązując do referatu D-ra Białynickiego — niezbyt entuzjazmuje się symbolistyką autora, uważając, że nie przyjęła się ona dotychczas we wszystkich sanatoriach Społecznych.

Na tym dyskusję zakończono i przewodniczący, na propozycję większości zebranych, godzi się na zmianę porządku obrad z tym, że po punkcie 7 następuje punkt 10 (demonstracje).

Dr Żórawska z Rudki przedstawia dwa przypadki po zabiegach plastycznych, z wynikiem bardzo dobrym, dotychczas jeszcze obserwowane w sanatorium w Rudce.

Dr Węgrzynowski — demonstruje dwa rentgenogramy: jeden, dotyczący bąblowca płuca prawego, drugi — ropnia płuca; co do pierwszego przypadku, to był on obserwowany od 1932 roku i początkowo rozpoznawano zapalenie płuca prawego, a następnie — nowotwór płuca(?) i dopiero wyniki badań plwociny, jak również próba z antygenem prof. Trawińskiego ze Lwowa, dały możliwość postawienia ścisłego rozpoznania bąblowca płuca, a stwierdzone poprzednio zapalenie płuca, należałoby przyjąć jako będące w przyczynowym związku z istniejącym już dawniej bąblowcem; przypadek ropnia płuca wystąpił po zranieniu i przebieg jego był bardzo burzliwy, a w następstwie — wytworzenie się jamy; osiągnięta po stosowaniu Salicylatów, Omnadyny i innych środków poprawa nie była jednak trwała, bo ostatecznie poczęły tworzyć się w płucu nowe ropne ogniska.

Po demonstracjach wywiązuje się ożywiona dyskusja, w której zabierają głos: Dr Szczepański, Dr Martyszewski — wspominając o dobrych wynikach jakie dają zastrzyki dożylne alkoholu w przypadkach ropni płuc; a dalej Dr Karwowski i Dr Węgrzynowski, który w swych wywodach cytuje łacińskie przysłowie: *„ubi pus ibi evacua“*.

O godzinie 12-ej przewodniczący zarządza dłuższą przerwę w obradach, podczas której następuje dokładne zwiedzanie nowego Sanatorium Wojskowego, będącego ostatnim wyrazem zdobyczy techniki nowożytnego budownictwa sanatoryjnego i jego urządzeń, które, śmiało rzec można, stawiają sanatorium na czołowe miejsce polskich zakładów przeciwgruźliczych. W czasie zwiedzania wyczerpujących objaśnień udzielają: płk. Dr Nadolski — Szef Sanitarny D. O. K. I., mjr. Dr Telatycki — Komendant Sanatorium, kpt. Dr Krzymuski, kpt. Dr Bujwid i inni. Po zwiedzaniu sanatorium i niezmiernie gościnnym przyjęciu jakiego doznali uczestnicy Zjazdu ze strony Władz Wojskowej Służby Zdrowia — przystąpiono o godz. 16 do dalszych obrad.

Przewodniczy nadal Dr Pawelec, który zwraca się do uczestników Zjazdu, aby wygłoszone na dzisiejszym Zebraniu referaty Kolegów były przesłane do Prezydium Zrzeszenia w możliwie najkrótszym czasie.

Przystępując do punktu 8 porządku obrad — Dr. Staroniewicz, wygłasza swój referat o *„budżetowaniu w sanatoriach społecznych“*. Na wstępie referent nadmienia, że celem zorientowania się jak sprawy budżetowania są załatwiane w innych Sanatoriach Społecznych, rozesłał odnośne ankiety i w rezultacie na 40 ankiet otrzymał tylko 11 odpowiedzi, z których tylko 5 zawierało dane właściwe. Za podstawę racjonalnej gospodarki w sanatoriach należy, zdaniem referenta, przyjąć zasadę, aby budżety w najdrobniejszych swych szczegółach były układane wyłącznie przez sanatoria; każde rządzenie sanatoriami na dystans, przy „zielonym stoliku“, stwarza sztywne ramki kalkulacji budżetowych, godzących w zasadę samowystarczalności gospodarki, która w niektórych sanatoriach może służyć przykładem — jak nie należy gospodarzyć; w racjonalnym budżetowaniu należy uwzględnić wszelkie dotacje, czy też subwencje, z których sanatorium korzysta, ustalona taksa kuracyjna winna objemować wszelkie zabiegi lecznicze, leki, badania oraz środki dotyczące higieny chorego i opieki nad nim; tym sposobem winny zupełnie być zniesione rozmaite dopłaty do taksy, jakie jeszcze dotychczas są stosowane w niektórych sanatoriach: za używanie worków do leżakowania, spluwaczek, stosowania leków, zabiegów, badań itd.; należy również znieść podział na klasy, aczkolwiek w poszczególnych przypadkach należy uwzględnić lokowanie chorych w oddzielnych pokojach. Co do ilości personelu, zatrudnionego w sanatoriach, to referent wychodzi z założenia, że w sanatoriach o systemie blokowym, winien być utrzymany stosunek procentowy personelu do ilości chorych — 25% do 28%; natomiast w sanatoriach o systemie pawilonowym — nie mniej 30%; wydatki personalne winny być współmierne z układanym budżetem. Sprawę wyżywienia chorych ujęto w omawianym referacie w ten sposób, że koszta surowego produktu nie powinny przekraczać 40% kosztów ogólnych przypadających na jednego chorego. Przy kalkulacji kosztów dziennych należy oddzielnie ująć koszta surowych produktów i oddzielnie — inne koszta; niedopuszczalnym jest doliczanie do kosztów wyżywienia chorych wydatków na wyżywienie personelu, jako dotyczących wydatków administracyjnych osobowych, odnosi się to, również, do wydatków na opał. Poddając, w zakończeniu, krytyce, budżety w niektórych sanatoriach, referent wspomina o wielkiej rozpiętości poszczególnych budżetów i pozycji dochodów; jako przykład podaje dzienne taksy kuracyjne, wahające się w granicach od 6—10 zł, a dalej, że istnieją w niektórych zestawieniach budżetowych ukryte pozycje, lub nadmierne obciążenia dotyczące amortyzacji. Każdy

zrównoważony budżet winien mieć dwa działy: pierwszy — inwestycyjny, drugi — eksploatacyjny.

Po krótkiej przerwie, przewodniczący otwiera dyskusję nad źródłowym i głęboko przemyślanym referatem D-ra Staroniewicza:

Dr Węgrzynowski porusza sprawę podziału kosztów dziennych na : a) koszta żywienia i b) koszta leczenia chorych; w kalkulacji budżetowej należy brać pod uwagę przede wszystkim koszta surowych produktów.

Dr Szczepański podkreśla doniosłość spraw, które były tematem referatu D-ra Staroniewicza i zwraca się do niego, aby jak najrychlej oddał swą pracę do druku.

Dr Białynicki w nawiązaniu do referatu stwierdza, że w olbrzymiej większości budżety nie są układane przez dyrektorów lekarzy; w tym kierunku winna nastąpić zasadnicza zmiana i naprawa stosunków, krępujących dotychczas kierowników sanatoriów.

Dr Pawelec wyraża pogląd, że chyba niema sanatorium w Polsce, w którym dyrektorzy byliby tak dalece skrępowani, jak to cytował w swym przemówieniu Dr Białynicki, że nawet nie mogą opiniować w sprawach budżetowych.

Dr Martyszewski uważa, że przytoczone przez D-ra Staroniewicza przykłady dotyczące pozycyj amortyzacyjnych i taks kuracyjnych są nadmiernie wysokie; sanatoria społeczne nie powinny być dochodowymi przedsiębiorstswami; oszczędzanie w wydatkach na wyżywienie chorych i personelu jest niedopuszczalne; przy racjonalnej gospodarce dzienny koszt wyżywienia jednego chorego nie powinien przekroczyć 2 zł i 25 gr i nie niżej 2 zł (zależnie od warunków lokalnych), a personelu — 1 zł i 25 gr dziennie, przyjmując jako zasadę, że dla chorego konieczna jest odpowiednia dzienna ilość kalorii, a personel, zwłaszcza stykający się z chorymi zakaźnymi, winien być właściwie odżywiany, a nie karmiony „resztkami ze stołu chorych". Reasumując swe wywody, Dr Martyszewski zgłasza wniosek (patrz załącznik I).

Dr Jankowski — najzupełniej podziela zdanie, że nie należy łączyć wydatków na wyżywienie chorych z wydatkami na wyżywienie personelu. Wprawdzie wydatki administracyjne osobowe i rzeczowe obciążają ogólne koszta utrzymania chorych, jednak pozycje te należy gospodarczo traktować oddzielnie i w wykonanych budżetach ujawniać; tym sposobem chory otrzyma to wszystko co mu w myśl wskazań leczniczych przypada, a personel — w myśl umowy o pracę; poruszone w referacie D-ra Staroniewicza sprawy „ukrytych pozycji budżetowych" są niezmiernie ważne dla kierowników sanatoriów, którym przypada udział tylko wykonywania budżetu, a są odsunięci od jego układania, a nawet — opiniowania. Słuszna jest też uwaga Dra Białynickiego, że w tym kierunku winny nastąpić radykalne zmiany. Reasumując swe uwagi — Dr. Jankowski

składa na ręce przewodniczącego odnośny wniosek (patrz załącznik II).

Dr Karwowski — porusza sprawę opłat pacjentów za zdjęcia i prześwietlenia rentgenologiczne, proponując, żeby wydatki te doliczyć do projektowanych budżetów.

Dr Rechniowski — proponuje *ex re* dzisiejszego referatu D-ra Staroniewicza zastanowić się nad konstrukcją ramowego budżetu w sanatoriach społecznych, wychodząc z założenia, że projektowany budżet winien opierać się na dwóch zasadniczych działach: pierwszy — to wszelkie wydatki odnoszące się do samego chorego, włącznie z kosztami administracyjnymi, a drugi — wydatków dotyczących gospodarki, remontów, inwestycji itp.

Dr Pawelec jest zdania, że projektowany system ramowych budżetów może sprowadzić w praktycznym zastosowaniu trudności; należy liczyć się z warunkami lokalnymi.

Dr Białynicki — podkreśla konieczność sporządzania budżetów wyłącznie przez dyrektorów sanatoriów i dla poparcia tej zasady, która winna być stosowana we wszystkich sanatoriach społecznych — należy zwrócić się do Ministerstwa o poparcie zgłasza wniosek (załącznik III).

Dr Staroniewicz — dziękuję zebranym za pełne zrozumienie jego referatu i za ożywioną dyskusję w tej sprawie, która jeszcze więcej uwypukliła kardynalne błędy jakie zachodzą w budżetowaniu w niektórych sanatoriach, podkreśla zarazem doniosłość wysuniętych w dyskusji wniosków; przytoczono w dyskusji fakty odsunięcia od spraw budżetowych dyrektorów sanatoriów, a nawet decydowania w sprawach gospodarki, zakupów i innych. nie wymagają komentarzy i tutaj Zrzeszenie winno zabrać głos aby usunąć te nienormalne stosunki, godzące niejednokrotnie w interesy i dobro społecznych sanatoriów; w zakończeniu Dr Staroniewicz wysuwa jeszcze konieczność oddzielania w budżetowaniu pozycji dotyczących samej gospodarki od pozycji pobocznych; aczkolwiek zasadniczą tezą gospodarki w sanatoriach winna być oszczędność, to jednak należy stosować ją rzeczowo, a przede wszystkim aby nie cierpiało na tym lecznictwo i dobro chorych; chorzy sanatoryjni nie powinni głodować, i w tym względzie -- popiera wywody Dra Martyszewskiego, zawarte w przedstawionym przez niego wniosku.

Przewodniczący ogłasza, że głosowanie nad złożonymi w prezydium wnioskami odbędzie się w drugim dniu Zjazdu.

Następują demonstacje:

Kpt. Dr Krzymuski przedstawia trzy przypadki po przepaleniu zrostów opłucnych: pierwszy przypadek dotyczy zabiegu po stronie lewej; dokonano go dwuczasowo, wyłuszczanie zrostu trwało około 4 godzin; wysięk ropny, który wytworzył się po stronie operowanej — leczono wlewaniami Aurosanu (O. I.); chory pozostaje nadal wobserwacji; drugi przypadek — ze zmia-

nami obustronnymi (przewaga po stronie lewej — jama); po zabiegu lewostr. — ucisk jamy i poprawa również po stronie prawej; w trzecim przypadku, gdzie rentgenologicznie zdawało się, że istnieją zrosty nitkowate, przy wziernikowaniu okazały się zrosty błoniaste.

W dyskusji nad tymi przypadkami zabierają głos:

Dr Karwowski — który proponuje wykonywać boczne zdjęcia i w miarę twarde, aby łatwiej rozróżniać zrosty.

Dr Sokołowski — zapytuje jako był obraz jamy opłucnowej po uskutecznieniu przepalenia zrostów.

Dr Krzymuski wyjaśnia, że nabłonek opłucnej bezpośrednio po zabiegu jest zbielały, następnie dość szybko regeneruje się.

Po zamknięciu dyskusji, przewodniczący zamyka pierwszy dzień Zjazdu o godz. 18 min. 15.

Dnia 3 listopada posiedzenie rozpoczęło się o godz. 10 min. 30; obecnych 28 osób; na przewodniczącego obrad powołano jednogłośnie Dra M. Staroniewicza, a jako zastępcę przewodniczącego — Dra Rechniowskiego.

Na propozycję przewodniczącego, zebrani godzą się na przesunięcie punktu 9 porządku obrad po referacie Dra Staroniewicza.

Dr Staroniewicz wygłasza swój referat: *„Pneumoperitoneum w leczeniu gruźlicy jamy brzusznej, oraz przydatność tlenu w leczeniu owrzodzeń gruźliczych"*. Na wstępie podaje historię pneumoperitoneum, które jest znane od 1902 roku; właściwie, na myśl stosowania odmy leczniczej przy schorzeniach gruźliczych jamy brzusznej naprowadził przypadek; ulegając stopniowym ulepszaniom, zabieg ten, jako metoda lecznicza, znalazł zastosowanie w Ameryce już w 1913 roku, a w 1922 roku — Stein, wprowadzając do jamy brzusznej zwykłe powietrze, ogłasza osiągnięte korzystne wyniki pneumoperitoneum nie tylko przy schorzeniach jelit gruźliczego pochodzenia, ale również w przypadkach innych owrzodzeń jelit; cytuje też przypadki znacznej poprawy po stosowaniu pneumoreritoneum przy dychawicy oskrzelowej; Morelli podnosi doniosłość tej nowej metody leczniczej, opierając się na wskazaniach poprzednich autorów, ale również zaleca stosować ją po operacjach wyrwania nerwu przeponowego i podkreśla wprost piorunujące działanie zabiegu w tych przypadkach. Klopsztok — zauważył korzystny wpływ metody nie tylko bezpośredni na toczące się sprawy w jelitach, ale również pośredni — na płuca; ostrzega, jednak, przed stosowaniem pneumoperitoneum przy ciężkich schorzeniach płuc.

Ludwig podaje jako wskazania również — krwawienia płucne, przy procesach gruźliczych niezbyt rozległych. Amerykańscy autorowie rozszerzają wskazania stosując pneumoperitoneum także przy zmianach otrzewnowych (zapalenia wysiękowe). Węgrzy, podając 44 przypadki leczone wspomnianą metodą, osiągnęli około 70% poprawy.

Co do samej techniki zabiegu, to istnieją dwa sposoby nakłuwania: 1) pomiędzy pępkiem a przednim górnym grzebieniem kości biodrowej i 2) podprzeponowe w okolicy wątroby. Zazwyczaj wprowadza się tlen w ilości 300 do 500 cc.

Z własnych obserwacji (12 przypadków) Dr Staroniewicz podaje, że w dniu, poprzedzającym zabieg, chory nie powinien otrzymać posiłków, a w dniu zabiegu rano — stosowany jest wlew, następnie zastrzyk pantoponu, oczyszczenie pęcherza moczowego i ponowny wlew; operuje on aparatem odmowym Graetza; igła powinna być wyjałowiona na sucho, pamiętając o tem, że w jamie brzusznej niema ciśnienia ujemnego; początkowo przy wprowadzaniu tlenu słyszy się jakby trzaski; należy zwracać baczną uwagę na manometr; paradoksalne wahania przeważnie istnieją, jednak nie jest to koniecznym warunkiem; najwyższe wzniesienia manometru po wprowadzeniu dawki tlenu niepowinny przekraczać + 26 względnie + 28, niejednokrotnie zdarza się, że początkowo wprowadzić można tylko nieznaczną ilość tlenu, ze względu na przyleganie sieci; następnie, jednak, przeszkoda ta zostaje usunięta; w tych przypadkach nie należy wprowadzać więcej jak 300 cc. tlenu; chory czuje się narazie dobrze, po tym mogą wystąpić bóle w nadbrzuszu, bóle w barkach (częściej w prawym barku). Wyniki leczenia pneumoperitoneum są dobre i zachęcają do szerszego stosowania tego zabiegu w wybranych przypadkach; przede wszystkim znikają zupełnie, albo też znacznie zmniejszają się biegunki; następuje wzmożenie łaknienia, poprawa samopoczucia z ustąpieniem dolegliwości, unormowanie ciepłoty ciała, lub wyraźny jej spadek, przyrost wagi, zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi i — % haemoglobiny. Wskazaniami są: przede wszystkim schorzenia gruźlicze w jamie brzusznej, a dalej — schorzenia gruźlicze płuc, w przypadkach równoczesnego stosowania odmy przeciwległej, oraz dychawica oskrzelowa.

Po referacie rozwinęła się ożywiona dyskusja. Zabierają kolejno głos:

Dr Berlin, który przytacza dwa przypadki leczone pneumoperitoneum w sanatorium w Otwocku; pierwszy dotyczy chorego z obustronnymi zmianami w płucach, po stronie lewej — otok olejowy; początkowo zastosowano 450 c. c. tlenu, a następnie 700 c. c., wprowadzając go metodą Klopsztoka; drugi przypadek dotyczy gruźlicy jelit z biegunkami; w obu przypadkach osiągnięto poprawę (demonstracja rentgenogramów). Dr B. zaobserwował, że niekiedy po zabiegach występują zaparcia i zaburzenia ze strony żołądka.

Dr Węgrzynowski nawiązując do paradoksalnych wahań przy nakłuciach jamy brzusznej zaznacza że, takież występują nieraz przy odmach piersiowych — kiedy zastosuje się niższe wkłucie. Co do działania dodatniego powietrza, to widział je przy surowiczym zapaleniu opłucnej.

Dr Szczepański omawia trzy przypadki z zastosowaniem pneumoperitoneum przy wrzodziejącej gruźlicy jelit; otrzymane efekty były zdumiewające; podkreśla, przy tym, że zabieg nie jest niebezpieczny; powołuje się też na doświadczalne prace swoje we Lwowie wspólnie z Dr Sabatem na psach, którym stosowano pneumoperitoneum w związku z próbami wydolności serca.

Dr Sokołowski cytuje przypadek gruźlicy płucnej, gdzie pierwotnie założono odmę sztuczną powietrzną, następnie powikłaną wysiękiem opłucnowym; po dokonaniu u tejże chorej wyrwania nerwu przeponowego, zastosowano po tym odmę brzuszną powietrzną; godne uwagi jest to, że otrzymane w tym przypadku zupełnie normalne wahania opłucnowe (a nie paradoksalne), przypuszcza, że stoi to w przyczynowym związku z przemieszczeniem śródpiersia.

Dr Pawelec zapytuje w jakich odstępach czasu stosuje się zabiegi odmy brzusznej.

Dr Szczepański wyjaśnia, że polegając na doniesieniach niemieckich autorów, stosować można pneumoperitoneum do roku; nawiązując do omówionego przez Dr Sokołowskiego przypadku uważa, że po operacji wyrwania nerwu przeponowego, następuje przesunięcie śródpiersia i to wpływa na różnicę wahań manometru.

Dr Karwowski proponuje stosować zabieg pneumoperitoneum w położeniu Trendelenburga.

Pułk. Dr Czarnek zapytuje Dr Staroniewicza, czy stosował pneumoperitoneum przy krwotokach płucnych.

Dr Wieszeniewski wspomina o obserwowanych przez niego przypadkach po wyrwaniu nerwu przeponowego, kiedy występował uporczywy kaszel i zapytuje, czy w tych razach zastosowanie odmy brzusznej tlenowej lub powietrznej sprowadzi ustąpienie kaszlu.

Dr Salamon przytacza przypadek daleko posuniętej gruźlicy jelit, który był przez niego leczony odmą brzuszną z wynikiem dobrym.

Przewodniczący proponuje zamknięcie dyskusji, przed tym jednak udziela głosu Dr Staroniewiczowi, który w związku z dyskusją, udziela kolejno wyczerpujących odpowiedzi i wyjaśnień: co do kwestji czy stosować powietrze, czy też tlen, jest zdania, że tlen mniej drażni otrzewną; dawkowanie winno być oględne, z uwagi że może nastąpić podrażnienie otrzewnej; co do wyboru przypadków z owrzodzeniami gruźliczymi w jelitach, to nie radzi stosować odm brzusznych tlenowych przy świeżych owrzodzeniach; zabiegi stosuje w odstępach czasu 10 i 14 dniowych, a ogólna ilość zabiegów wahała się u niego w granicach od 7 do 30 dopełnień; zmiana pozycji chorego przy zabiegu sposobem Trendelenburga nie przyczynia się według jego zdania do powstania ujemnych wahań manometru; odnośnie stosowania odmy brzusznej przy wrwawieniach płucnych oznajmia, że

z braku własnych spostrzeżeń w tym kierunku, polega na opinii innych autorów, którzy stosowali pneumoperitoneum przy krwotokach płucnych, szczególnie kiedy zachodziły trudności w określeniu które płuco krwawiło; otrzymane wyniki były pomyślne; po zastosowaniu pneumoperitoneum kaszel znika szybko.

Po tych wyjaśnieniach, przewodniczący oddaje głos Dr Karwowskiemu, który wygłasza swój referat: *„Konieczność unormowania pracy rentgenologa w sanatoriach przeciwgruźliczych“*. Na wstępie referent wspomina, że do niedawna jeszcze rentgenologia w sanatoriach była trudna, bo orzekano zbyt subjektywnie, polegając na innych badaniach; rentgenolog winien być objektywnym badaczem, jedynie ta droga doprowadzi do unormowania pracy rentgenologa.

Przechodząc do sprawy urządzenia pracowni rentgenologicznych, kładzie nacisk na same pomieszczenie, które winno być obszerne, a dalej porusza sprawę aparatury, ciemni i dodatkowych urządzeń. Co do materialnej strony pracy rentgenologa — praktyka, to Dr K. jest zdania, że w tym względzie istnieje konkurencja i to przede wszystkim ze strony sanatoriów. które niejednokrotnie pobierają za zdjęcia zbyt niskie stawki. Kończąc swe wywody, Dr K. składa na ręce przewodniczącego odnośne wnioski (załącznik IV).

Następnie Dr Karwowski demonstruje szereg rentgenogramów, dotyczących gruźlicy płucnej.

Przewodniczący otwiera dyskusję, w której zabierają kolejno głos:

Dr Staroniewicz — odnośnie przypadku, gdzie fizykalnie rozpoznawana była gruźlica płuc, a w rzeczywistości ucisk górnego płatu płuca spowodowało wole dużych rozmiarów; następnie Dr Staroniewicz omawia przypadek z rozstrzeniami oskrzelowymi.

Dr Telatycki — porusza sprawę konkurencji dla prywatnych pracowni rentgenologicznych ze strony sanatoriów, które nie mają własnego rentgenologa i w tym względzie godzi się z wywodami referenta; uważa też, że w Polsce jest mało wyspecjalizowanych rentgenologów i że sprawę tą rozstrzygnąć może tworzenie przy uniwersytetach polskich odnośnych katedr; następnie Dr T. omawia sprawę terapii rentgenologicznej w przypadkach gruźlicy krtaniowej, oraz wypowiada zdanie, że sanatoria licząc ponad 200 łóżek winny mieć stałego rentgenologa. W nawiązaniu do oszczędności, jakie przeprowadzają i przeprowadzać zamierzają niektóre sanatoria przeciwgruźlicze, redukując personel leczniczy i obarczając pracami dodatkowymi kierowników sanatoriów — Dr Telatycki przytacza fakt, ogłoszenia przez Izbę Lekarską konkursu na stanowisko dyrektora sanatorium w Chojnicach pod Łodzią; sanatorium to jest obliczone na 85 chorych i stosownie do warunków konkursu przewidziany tam jest tylko jeden lekarz, który równocześnie pełnić ma czynności dyrektora sanatorium.

Dr Szczepański jest również tego samego zdania, że odczuwa się brak specjalistów rentgenologów i że w tym względzie Zakopane jest w daleko lepszych warunkach; rentgenolog, kończy swe wywody Dr Sz., powinien być również dobrym klinicystą; tak tą sprawę stawiał zawsze śp. Prof. Dr A. Gluziński, wymagając od każdego rentgenologa gruntownego klinicznego przygotowania.

Dr Staroniewicz twierdzi, że niezależnie od wymagań jakie stawia się rentgenologowi w sanatoriach, również każdy ftiziolog winien posiadać odpowiednie znajomości z dziedziny rentgenodiagnostyki.

Dr. Łotocki przedstawia przypadek rozstrzeni oskrzelowych, które określa mianem „suchych rozstrzeni" — leczony z b. dobrym wynikiem odmą sztuczną powietrzną (kompletną); przypadek ten, ze względu na występujące przed o. s. krwioplucia i stany podgorączkowe rozpoznawany był jako gruźlica płuc.

Dr Węgrzynowski wspomina o metodzie (Dr Seidla) leczenia nieżytu przy rozstrzeniach oskrzelowych kąpielami (zanurzania rąk w gorącej wodzie), a następnie — stosowanie środków napotnych i wykrztuśnych; zabiegi te wpływały korzystnie na samopoczucie chorego, zwłaszcza, że duszność zmniejszała się znacznie.

Dr Staroniewicz przypomina metodę układania chorego nogami ku górze, a głową ku dołowi — stosowaną przy uporczywych kaszlach w przypadkach dużych jam płucnych.

Dr Karwowski, w nawiązaniu do swego referatu i przedstawionych rentgenogramów, wysuwa propozycję, aby każdemu choremu opuszczającemu sanatorium wręczać pomniejszone odbitki zdjęć płucnych; zaznacza przy tym, że odpowiedni aparat do pomniejszeń, można skonstruować we własnym zakresie i z małymi kosztami.

Dr Staroniewicz jest zdania, że nie należy chorym dawać do rąk zdjęć, względnie pomniejszeń, natomiast należy przesyłać je lekarzom, lub też zakładom do których chorzy są kierowani; osobiście jest on przeciwnikiem małych zdjęć i pomniejszeń.

Dr Szczepański demonstruje trzy rentgenogramy, dotyczące tzw. „okręgłych cieni", wyjaśniając, że są to nacieki o charakterze przewlekłym, utrzymujące się miesiącami, a w niektórych przypadkach nawet latami bez skłonności do szerzenia się i rozpędu — w odróżnieniu do nacieków wczesnych, które dają jamy; z punktu widzenia anatomo-patologicznego — są to pneumonie gruźlicze z okoleniem łączno-tkankowym, ulegającym niekiedy zwapnieniu; zdarzyć się jednak może, że wspomniane „okrągłe cienie" szerzą się dalej, co stoi w przyczynowym związku z załamaniem się sił odpornościowych organizmu

Dr Karwowski przypuszcza, że tzw. „okrągłe cienie" o których mowa, są to właściwie „Assmann'owskie nacieki", pozostające tak długo bez zmiany i bez skłonności do szerzenia się.

dopóki nie ulegną uczynnieniu — wówczas może nawet nastąpić rozpad i wytworzenie się jamy.

Dr Szczepański zgadza się, poniekąd, z wywodami Dr Karwowskiego.

Dr Karwowski demonstruje jeszcze rentgenogram dotyczący przypadku obustronnego pęknięcia płuc u trębacza wojskowego.

Dr Bujwid przedstawia ciekawy przypadek odmy samoistnej.

Na tym punkty 9 i 10 porządku obrad zostają wyczerpane i dyskusja na nimi zamknięta.

Przewodniczący wyraża podziękowanie za niezmiernie ciekawe demonstracje i wyczerpującą dyskusję; świadczą one o wysokim poziomie obrad Zrzeszenia i o szerokim programie zadań naszej organizacji.

Przechodząc do punktu 12 porządku obrad, przewodniczący udziela głosu Dr Białynickiemu, który zdaje sprawozdanie imieniem Komisji Rewizyjnej i wnosi o przyjęcie tego sprawozdania do wiadomości. Wniosek Komisji Rewizyjnej poddany przez przewodniczącego głosowaniu — przechodzi jednogłośnie.

Odnośnie punkt 13 porządku obrad Dr Stroniewicz proponuje aby zebrania Zrzeszenia odbywały się, jak poprzednio, dwa razy do roku. Propozycję tą popierają Dr Karwowski i Dr Białynicki, który proponuje też, aby następny Zjazd Zrzeszenia odbył się w Chodzieży, przy czym propozycję swoją Dr B. ujmuje w formę serdecznego zaproszenia.

Dr Szczepański przypomina, że w końcu maja 1937 roku ma się odbyć Zjazd Przeciwgruźliczy w Wilnie i jest zdania, że nie należy łączyć Zjazdu Zrzeszenia z innymi zjazdami. Tego samego zdania jest Dr Wieszeniewski, a nawet uważa, żeby nie odbywały się Zjazdy Zrzeszenia w tych latach, kiedy są wyznaczone Zjazdy Przeciwgruźlicze Ogólnopolskie.

Dr Białynicki podtrzymuje swą propozycję poprzednio zgłoszoną, z tą zmianą, aby w I półroczu Zjazd Zrzeszenia odbył się w Wilnie — na dzień przed Zjazdem Przeciwgruźliczym, a w drugim półroczu — w Chodzieży. Dr Węgrzynowski proponuje, aby wiosenny nasz Zjazd odbył się w Chodzieży, a jesienny — w Worochcie.

Dr Staroniewicz zgłasza kompromisowy wniosek, ażeby daty i miejsca XII Ogólnego Zebrania Zrzeszenia oddać Zarządowi Zrzeszenia, który przed powzięciem decyzji przyjmie pod uwagę zgłoszone w tej sprawie propozycje i zaproszenia Dr Białynickiego.

Przewodniczący oddaje wniosek ten pod głosowanie — przechodzi większością głosów.

Dr Karwowski, który porusza sprawę zwrotu kosztów podróży członkom Zrzeszenia na zjazdy naukowe, do których również zaliczać koniecznie należy Zjazdy naszego Zrzeszenia.

Dr Szczepański uważa, że jest to sprawa ważna i popiera tą propozycję.

Dr Białynicki zgłasza odpowiedni wniosek, uważając, że powzięta w tej sprawie uchwała, winna obowiązywać wszystkich członków Zrzeszenia (załącznik V).

Dr Węgrzynowski proponuje przyjęcie nowych członków zwyczajnych i nadzwyczajnych, a między innymi Dr Hałacińską i Dr Wesołowską, oddając sprawę tą decyzji Zarządu Zrzeszenia.

Dr Węgrzynowski zwraca się do zebranych z propozycją wysłania depeszy do p. Prezesa Gerlacha — z wyrazami współczucia ze strony Zjazdu, z racji choroby Prezesa, która nie pozwoliła mu przybyć na Zebranie.

Przewodniczący oddaje wniosek pod głosowanie — przechodzi jednogłośnie.

Dr Jankowski w nawiązaniu do poruszonej przez Dr Telatyckiego sprawy ogłoszenia konkursu na stanowisko dyrektora miejskiego sanatorium w Chojnicach, podaje, że istotnie ogłoszenie takie ukazało się w nr 10 (z dnia 1 października 1935 r.) „Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich"; skromne warunki wynagrodzenia dla dyrektora i zastrzeżenie, że w sanatorium niema drugiego lekarza, winny obudzić czujność naszego Zrzeszenia. W związku z tym, należałoby zwrócić się do Naczelnej Izby Lekarskiej z protestem przeciwko umieszczaniu w urzędowym organie Izb Lekarskich podobnych ogłoszeń; Zebranie dzisiejsze powinno uchwalić odnośny wniosek.

Dr Węgrzynowski popiera wniosek Dr Jankowskiego i proponuje, aby głosowanie odbyło się zaraz.

Przewodniczący zarządza głosowanie. Wniosek jednomyślnie przechodzi.

Następnie poddany zostaje głosowaniu wniosek Dr Martyszewskiego (wniosek I) dotyczący żywienia chorych w zakładach dla płucno-chorych. Wniosek ten zostaje przyjęty również jednogłośnie.

Skolei przewodniczący odczytuje wnioski Dr Jankowskiego (wniosek II) i Dr Białynickiego (wniosek III); ponieważ wnioski te są treścią swą zbliżone, przewodniczący proponuje obydwa wnioski przyjąć, jako wytyczne do interwencji ze strony Zarządu Zrzeszenia. Propozycja przewodniczącego zostaje przyjęta.

Następnie przewodniczący odczytuje wniosek Dr Karkowskiego, dotyczący prac rentgenologa i jego uposażenia (wniosek IV). Nad wnioskiem tym wywiązuje się dyskusja, w której zabierają głos:

Dr Czarnek, który proponuje wniosek ten rozdzielić na dwie części i nad każdą z nich oddzielnie głosować.

Dr Białynicki jest zdania, że nie należy wogóle uchwalać tego wniosku, ponieważ zarówno sanatoria, jak i rentgenolodzy-praktycy dążyć powinni do spopularyzowania zdjęć i prześwietleń, a nie odstraszać pacjentów i instytucje wysokimi kosztami za prześwietlenia i zdjęcia (niektórzy rentgenolodzy pobierają za jedno zdjęcie 60 zł.!).

Dr Karwowski podtrzymuje swój wniosek bez zmian, co do treści i formy.

Przewodniczący proponuje zmodyfikować nieco, ten wniosek przez dodanie zdania, że w miejscowościach, gdzie istnieją prywatne zakłady rentgenologiczne, pracownie sanatoryjne nie powinny wykonywać zdjęć i prześwietleń u prywatnych, poza zakładowych pacjentów.

Dr Karwowski, jak również inni — godzą się na tą zmianę.

Przewodniczący oddaje zmodyfikowany wniosek pod głosowanie — przyjęty jednogłośnie.

W wolnych głosach zabiera jeszcze głos Dr Białynicki, który w nawiązaniu do sprawy Instytutu badań nad gruźlicą, poruszonej w pierwszym dniu Zjazdu — wypowiada się za ścisłą koordynacją działania Zrzeszenia z Instytutem drogą pobudzenia wszystkich sanatoriów przeciwgruźliczych do pracy naukowej.

W tej sprawie zabierają też głos: Dr Rechniowski, Dr Martyszewski i Dr Karwowski.

Dr Białynicki porusza, dalej, sprawę Zjazdów Zrzeszenia i zgłasza odnośne wnioski (wniosek V i VI).

Po krótkim wyjaśnieniu prezesa Zrzeszenia — Dr Szczepańskiego, przewodniczący proponuje, aby te dwa wnioski Dr B. przyjąć jako dyrektywy dla Zarządu — zebrani godzą się na tą propozycję.

Przewodniczący, po stwierdzeniu, że porządek obrad został całkowici e wyczerpany, oddaje głos Prezesowi Zrzeszenia, który w serdecznych słowach wyraża Gospodarzowi imieniem Zjazdu podziękowanie za niezmiernie miłą gościnę i możność zapoznania się uczestników Zjazdu z nową, wzorowo urządzoną i prowadzoną placówkę czynnej walki z gruźlicą, jako jest Wojskowe Sanatorium w Otwocku.

O godzinie 14 min. 40 przewodniczący zamyka XI Ogólne Zebranie Członków Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych.

Wniosek I — Dr Martyszewskiego. Ogólnopolski Zjazd Dyr. Sanat. Przeciwgruź. o carakterze społecznym stwierdza, iż należyte żywienie chorych w zakładach dla chorych na gruźlicę płuc jest podstawą leczenia chorych i podkreśla iż obniżanie taksy dziennej w sanatoriach kosztem żywienia chorych jest z punktu widzenia dobra chorych i pożytku społecznego — rzeczą niedopuszczalną.

Wniosek II — Dr Jankowskiego. Zrzeszenie Dyr. Sanatoriów Przeciwgruź. o charakterze społ., po wysłuchaniu na Zjeździe swym w dniu 2 listopada 1935 referatu Dr M. Staroniewicza o „budżetowaniu w sanatoriach społecznych“ — stwierdza, iż sposoby budżetowania w sanatoriach przeciwgruźliczych są różnorodne, a gospodarka w tych sanatoriach społecznych niejednokrotnie odbiega od zasady samowystarczalności; sanatorium winno być oddzielnym organizmem gospodarczym — samowystarczalnym.

bez przewidywania dochodu; ewentualne dochody sanatorium winny, w pierwszym rzędzie, przyczynić się do obniżenia kosztów leczenia chorych. Niedopuszczalne jest istnienie w budżetach ukrytych pozycji. Zrzeszenie Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych Społecznych zwraca się do Pana Ministra Opieki Społecznej z usilną prośbą o zajęcie stanowiska w tej sprawie.

Do memoriału należy załączyć referat kol. Dr M. Staroniewicza.

Dok. nast.

KRONIKA.

Zjazd Dyrektorów Sanatoriów o charakterze społecznym odbędzie się we wrześniu w Mikuliczynie i Worochcie.

Umowa Warszawskiego T-wa Przeciwgruźliczego z Ubezpieczalnią. Między Tow. Przeciwgruźliczym i Ubezpieczalnią Społeczną w Warszawie zawarto umowę, na mocy której T-wo obejmie opiekę i leczenie oraz rejestrację chorych na gruźlicę i zagrożonych gruźlicą nad wszystkimi uprawnionymi do świadczeń ze strony Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. T-wo będzie udzielało pomocy w swych przychodniach na terenach 4 obwodów Ubezpieczalni, a w razie potrzeby w mieszkaniach chorych oraz skumuluje całokształt działalności zapobiegawczej w szerzeniu się gruźlicy.

Do T-wa przeciwgruźliczego chorzy kierowani będą przez lekarzy domowych i specjalistów.

Umowa ta stanowić będzie zapoczątkowanie dalszej koncentracji walki z gruźlicą i będzie ona doniosłym faktem w akcji przeciwko tej chorobie na terenie stolicy. Poza tym z poczekalni lekarzy domowych wyeliminowani będą chorzy na gruźlicę, na czym zyska niezmiernie higiena gabinetów, a sami lekarze domowi będą w dużym stopniu odciążeni z pracy.

Inauguracyjne posiedzenie Rady naukowo-lekarskiej Ubezpieczalni Społecznej. W dniu 5 ub. m. odbyło się w gmachu Zakł. Ubezpieczeń Społ. inauguracyjne posiedzenie rady naukowo-lekarskiej ubezpieczeń społecznych, która powołana została przez ministra opieki społecznej Zyndram-Kościałkowskiego, jako instytucja badawcza, opiniodawcza i wnioskodawcza w dziedzinie lecznictwa ubezpieczeniowego i profilaktyki.

W posiedzeniu tym wziął udział min. Zyndram-Kościałkowski, jak również podsekretarze stanu W. Jastrzębski i Dr E. Piestrzyński, dyrektorowie departamentów oraz członkowie rady, a m. in. Dr Falkiewicz ze Lwowa.

Po zagajeniu obrad przez min. Dr Hubickiego, zabrał głos min. Zyndram-Kościałkowski, wygłaszając następujące dłuższe przemówienie, w którym m. in. oświadczył:

Rada, posiadająca prawo wydawania niezależnych sądów na tematy jej postawione, posiadająca prawo inicjatywy, bezwątpienia stanie się autorytetem w sprawach tego lecznictwa, jeśli, w realnym rozumieniu warunków finansowych dzisiejszą strukturą ubezpieczeń podyktowanych, zastanawiać się będzie nad racjonalną obsługą tych zobowiązań ustawowych i tych potrzeb społecznych, które ubezpieczenia społeczne w zakresie służby zdrowia publicznego zaspokoić muszą.

Pragnę położyć nacisk na kilka problemów, które uważam za ważne.

Podniesienie poziomu lecznictwa ubezpieczeniowego, podjęcie próby normalizacji tego lecznictwa, przeanalizowanie tych czynników, które się składają na jego racjonalne wykonanie — oto pierwsze zadanie, tym ważniejsze, że 80 proc. budżetu ubezpieczenia chorobowego znajduje się wyłącznie w ręku lekarzy. Czynniki zaś składowe, zasługujące na szczegółową analizę, są różnorakie: właściwy stosunek leczenia przez lekarzy ogólnych do leczenia specjalistycznego, leczenie szpitalne i sanatoryjne jako świadczenie fakultatywne, rewizja koniecznego, jak dotąd, spisu leków. To tylko kilka przykładów.

Ze sprawy leczenia szpitalnego wyrasta problem polityki szpitalnej. Jeśli Ubezpieczalnie społeczne mają w służbie zdrowia spełnić swą funkcję państwową. Zadania te leżą w dziedzinie profilaktyki, która i ze względu na dobrze pojęty interes samych ubezpieczeń, i ze względu na interes ogólno-państwowy nie może zacieśniać się do własnego podwórka, ale musi być oparta na harmonijnej współpracy wszystkich czynników państwowych, samorządowych i społecznych.

Na pierwszym planie staje sprawa gruźlicy, niszczącej siły narodu i podważającej jego siłę obronną. Rozmiary tej klęski społecznej muszą skłonić do podwojenia wysiłków, których skala rozległa idzie od usiłowań podniesienie standartu najmniejszych mieszkań aż do sanatoriów ludowych włącznie, poprzez sieć ośrodków, zajmujących się poradnictwem.

P. minister omówił skolei sprawę opieki nad kobietą rodzącą i nad dzieckiem i sprawę dokształcenia młodego pokolenia lekarzy.

Następnie rada przystąpiła do wyboru władz. Przewodniczącym rady jednogłośnie powołano gen. dr Roupperta, wiceprzewodn. prof. dr Michałowicza, a sekretarzem dr J. Szumskiego, b. dyrektora Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.

Skolei zapoznano się ze statutem Rady, nadanym przez ministra opieki społecznej oraz projektem regulaminu, przy czym wyłoniono komisję dla szczegółowego przepracowania tego projektu.

Następne posiedzenie Rady w dniu 22 bm.

Komunikat z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego. Na posiedzeniu Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, które odbyło się w Paryżu w dniu 9 stycznia 1937 r., postanowiono, że X-ty Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy, który miał się odbyć we wrześniu 1936 r. w Lizbonie, odbędzie się stanowczo we wrześniu 1937 r.

O ile okaże się możliwym odbycie tego Zjazdu w Lizbonie, termin będzie ustalony na pierwsze dni września, w razie gdyby odbycie Zjazdu w Lizbonie okazało się niemożliwe, ostateczny ścisły termin i miejsce zjazdu będą ustalone w końcu kwietnia lub na początku maja rb.

W dalszym ciągu Komitet Wykonawczy powziął decyzję zwołania XI Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego zamiast w r. 1938 — w roku 1939 do Berlina, z zastrzeżeniem, że decyzja ta winna być, w myśl wymagań statutu, zatwierdzona przez najbliższe Walne Zebranie Międzynarodowego Związku.

Członkowie Komitetu Wykonawczego wyrazili wdzięczność Rządowi Italskiemu za oddanie do dyspozycji Związku, wzorem ubiegłych lat 6 stypendiów w Instytucie Carlo Forlanini w Rzymie.

Komitet zatwierdził regulamin Fundacji im. Prof. Leona Bernard'a w myśl której będzie wypłacana co dwa lata przez Komitet Wykonawczy, nagroda autorowi wyróżnionej przez Komitet Wykonawczy pracy na temat społecznej walki z gruźlicą.

Praca winna być napisana w języku angielskim lub francuskim.

O usprawnienie pomocy w Przychodniach Przeciwgruźliczych. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, pragnąc podnieść poziom fachowy lekarzy, pracujących w Przychodniach przeciwgruźliczych ubezpieczelni społecznych i usprawnić pomoc udzielaną ubezpieczonym w tych przechodniach, postanowił wszystkich lekarzy przychodni poddać specjalnemu przeszkoleniu praktycznemu w sanatoriach przeciwgruźliczych. Przeszkolenie wszystkich lekarzy, które trwać ma trzy miesiące, przeprowadzone będzie w roku przyszłym. W związku z tym Zakłed Ubezpieczeń Społecznych wydał ubezpieczalniom społecznym odpowiednie instrukcje w sprawie skierowania lekarzy przychodni przeciwgruźliczych na przeszkolenie praktyczne do sanatoriów.

Powiększenie łóżek dla gruźliczych w szpitalach m. Warszawy. Ilość łóżek w szpitalach m. Warszawy wynosi 5.823, zwiększoną zostanie w roku bieżącym o 235 łóżek z tego 75 dla gruźliczych w szpitalu Wolskim, oraz o 30 w Sanatorium m. Warszawy w Otwosku.